

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 74
FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA
DILATATION BRONCHIQUE
CHEZ LES JEUNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juillet 1910

PAR

Paul DESPÉRIÈS

Né à Montpellier (Hérault), le 28 décembre 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	GRASSET, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		RAUZIER, Professeur		
		LAGRIFFOUL, Agrégé		
		GAUSSEL, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

DE LA
DILATATION BRONCHIQUE
CHEZ LES JEUNES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555202_0072

DE LA
DILATATION BRONCHIQUE
CHEZ LES JEUNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juillet 1910



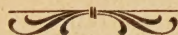
PAR

Paul DESPÉRIÈS

Né à Montpellier (Hérault), le 28 décembre 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	GRASSET, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		RAUZIER, Professeur		
		LAGRIFFOUL, Agrégé		
		GAUSSEL, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (*).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIREN, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIREN.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examineurs de la thèse :

MM. GRASSET, <i>président.</i>	MM. LAGRIFFOUL, <i>agrégé.</i>
RAUZIER, <i>professeur.</i>	GAUSSEL, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

AUX FAMILLES A. GRASSET ET L. SARDOU

P. DESPÉRIÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

P. DESPÉRIÈS.

AVANT-PROPOS

Tityre, tu patulae recubans sub tegmine fagi
Sylvestrem tenui musam meditaris avena :
Nos patriae fines et dulcia linquimus arva,
Nos patriam fugimus.

(VIRGILE, **Bucoliques**, Eglogue I.)

Il nous est doux, avant de laisser les bancs de notre vieille école et sous peu les murs de notre ville natale, il nous est doux de jeter un regard en arrière sur nos nombreuses mais, hélas ! bien courtes années d'études. Nous voyons repasser devant nos yeux notre vie calme et insouciante d'étudiant. Nous revoyons en un instant la physionomie de tous nos maîtres, elle sera toujours devant nos yeux et leurs magistrales leçons retentiront toujours à nos oreilles. Si bien que, quoique éloigné d'eux, nous croirons toujours les avoir à nos côtés pour nous dire tout bas la conduite à tenir dans les circonstances difficiles de notre vie de praticien.

Que tous nos maîtres reçoivent ici publiquement nos remerciements pour les bons enseignements que nous avons reçus d'eux.

Nous sommes particulièrement heureux de l'honneur que nous a fait M. le professeur Grasset en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur Rauzier, qui a bien voulu s'intéresser à nous, a droit à toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier la dette que nous avons contractée à l'égard de MM. les professeurs agrégés Gausse et Lagriffoul qui ont bien voulu nous honorer de leur confiance et nous familiariser avec les difficultés de la clinique dans leur service des consultations médicales externes. Qu'ils reçoivent ici le témoignage de notre gratitude.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte pour remercier nos maîtres de l'Ecole de pharmacie des excellentes leçons que nous avons reçues d'eux.

Que nos amis reçoivent ici l'assurance de notre attachement; l'éloignement ne pourra affaiblir en rien les solides liens qui nous unissent.

DE LA DILATATION BRONCHIQUE

CHEZ LES JEUNES

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

La maladie que nous nous proposons d'étudier ne remonte pas à une date très ancienne et nous n'aurons pas à remonter à Hippocrate ou à Celse.

La première description de la dilatation des bronches a été faite par Laënnec en 1818 dans son immortel Traité de l'auscultation médiate ; cependant il l'a décrite d'une façon si complète et si parfaite qu'il a laissé bien peu à glaner à ses successeurs.

Moins d'un siècle s'est écoulé depuis et cependant le nombre des auteurs qui ont étudié cette question est si considérable que nous ne saurions les nommer tous.

Après Laënnec qui la découvre, Andral, Grissolle, Walleix, Ginbrac, Barth, Gombault, Biërmer en font une étude d'ensemble.

Le nombre des auteurs qui étudient sa pathogénie est également considérable ; nous citerons seulement William Stokes, Louis, Corrigan, Hasse, Rokitansky, Rilliet et

Barthez, Luys, Cazalis, De Niemeyer, Grasset, Leroy, Hanot et Gilbert, Bourdieu, Bourrier.

La bronchectasie congénitale fait l'objet d'études particulières de la part de Grawitz et de Appel (1901). Balzer et Grandhomme la rattachent à l'hérédo-syphilis.

L'étude de cette affection chez les enfants a été faite par Rilliet et Barthez ainsi que par Fauvel.

Certains symptômes font l'objet d'études spéciales de la part de certains auteurs. L'hémoptysie est étudiée dans la thèse de Déjean (Paris, 1886) et dans celle de Houdinet, trop fidèle image de la précédente.

Les complications elles-mêmes ont été étudiées, et Gebrats, dans sa thèse, rapporte les cas de pneumothorax survenus chez des dilatés bronchiques.

Nous aurons bien peu de choses nouvelles à dire après tant d'auteurs autorisés ; néanmoins, comme durant le cours de nos études nous avons eu la bonne chance d'observer un cas de dilatation bronchique chez une jeune fille de 23 ans, nous avons pensé que le cas était assez rare pour mériter d'être rapporté.

M. le professeur Gaussel, qui nous a indiqué le sujet de notre thèse, a bien voulu nous confier une observation analogue.

Nous avons cru qu'il serait intéressant de mettre en lumière la difficulté particulière que présente à cet âge son diagnostic différentiel d'avec la tuberculose ; de montrer quels éléments nouveaux de diagnostic la science moderne a mis à la disposition du médecin ; enfin quelle situation sociale particulière cette affection crée pour celui qui en est porteur.

C'est dire qu'à propos de ces deux cas nous avons pensé faire une étude d'ensemble de la dilatation bronchique chez les jeunes.

Définir la jeunesse n'est pas chose facile si son début peut en être aisément fixée au moment même de la naissance ; on ne saurait dire à quel moment précis elle termine, à quelle date exacte commence la vieillesse, aussi a-t-on placé entre la jeunesse et la vieillesse une période de vie très variable que l'on appelle l'âge mûr.

Nous élaguerons de notre sujet tout ce qui a trait à la dilatation bronchique congénitale, cette question ayant déjà été traitée (Appel, thèse de Paris, 1904). Nous ne nous occuperons pas davantage de la dilatation bronchique chez l'enfant, où elle est loin d'être rare, et nous limiterons d'une façon un peu arbitraire notre sujet à l'étude de la dilatation bronchique entre 15 et 30 ans.



PREMIÈRE PARTIE

De la dilatation bronchique en général

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Avant d'aborder l'étude de la dilatation bronchique chez les jeunes il convient tout d'abord de passer rapidement en revue l'étiologie, la pathogénie, les symptômes et l'anatomie pathologique de la dilatation bronchique en général.

Etiologie. — La bronchiectasie peut être consécutive à une affection aiguë telle qu'une bronchite aiguë ou une broncho-pneumonie, cette dernière survenant à la suite d'une grippe, d'une coqueluche ou d'une rougeole, etc.

D'autres fois elle apparaît à longue échéance et fait suite à une bronchite chronique.

Certaines causes prédisposantes viennent apporter leur appoint et favoriser la bronchectasie : telles sont l'hérédité, la syphilis, l'impaludisme (Grasset) et l'artériosclérose.

Pathogénie. — Laënnec, qui le premier isola et étudia la dilatation bronchique, explique cette affection par l'accumulation des sécrétions dans les bronches chez des individus atteints de catarrhe muqueux chronique et par leur stagnation. Le séjour prolongé de ces sécrétions finirait par dilater les bronches.

Andral observe l'épaississement de la bronche dilatée et attribue la bronchectasie à une lésion de nutrition et à une diminution de l'élasticité de ses parois.

William Stokes constate que la plegmasie des parois bronchiques entraîne d'abord l'affaiblissement de l'élasticité des fibres longitudinales, puis une paralysie des fibres musculaires, enfin la disparition de l'épithélium cylindrique ou la cessation des mouvements des cils vibratiles ; ceci entraînerait la stagnation des sécrétions et la dilatation consécutive. Il insiste en outre sur la paralysie des muscles de Reissessen comme élément pathogénique.

Corrigan le premier, en 1838, invoque l'importance de la « cirrhose » pulmonaire. Le poumon, en se rétractant, attirerait la paroi d'une bronche contre la paroi de la bronche voisine.

Rokitansky attribue un mécanisme différent à la dilatation sacciforme et à la dilatation cylindrique, mais n'apporte pas d'idée pathogénique nouvelle.

Mendelssohn explique la dilatation bronchique par un

excès de pression de l'air au moment des secousses de toux.

Beau et Massiat, en France, soutiennent une théorie un peu analogue.

Barth ne nie pas l'influence de l'accumulation des sécrétions ni de la splénisation du parenchyme pulmonaire, mais pour lui : « La plus grande part revient certainement à la plèvre, et c'est elle surtout qu'il rend responsable de la dilatation bronchique ; quand la compression, due à un épanchement pleurétique, est un peu prolongée, le poumon perd de son élasticité et, de plus, les adhérences qui s'organisent après la résorption du liquide lui enlèvent sa mobilité. » Deux causes agissent donc de dedans en dehors pour produire la dilatation : la pression de l'air inspiré d'une part, d'autre part les adhérences pleurales, qui attirent sans cesse l'un vers l'autre le poumon et la paroi thoracique.

Gombault explique la dilatation bronchique par un rétrécissement situé en aval.

Si, au lieu d'adopter l'ordre chronologique, on voulait diviser les théories pathogéniques que nous venons d'étudier d'après un ordre différent, on pourrait ranger chacune des théories étudiées dans un des trois groupes suivants :

- 1^o Théories bronchiques ;
- 2^o Théories pulmonaires ;
- 3^o Théories pleurales.

La théorie bronchique est certainement celle qui a rallié le plus d'adeptes. Cependant la théorie de Laënnec est inacceptable, car les cils vibratiles auraient vite fait de débayer les bronches.

La théorie de Mendelssohn qui attribue la dilatation à l'augmentation de la pression, lors des efforts de toux, n'est pas davantage admissible, car, dans ce cas, il y aurait autant de dilatés bronchiques que de tousseurs.

Stokes fait jouer le principal rôle à la paralysie des muscles de Reissessen, mais il ne nous donne pas une explication suffisante de cette paralysie.

La théorie de Corrigan fait jouer à la pneumonie chronique un rôle dans la production de la bronchectasie, mais un rôle trop exclusif, car si la cirrhose pulmonaire est utile, indispensable même à la production de la dilatation bronchique, elle ne saurait à elle seule la provoquer. La sclérose pulmonaire ne s'accompagne pas d'ectasie bronchique parce que le processus morbide n'atteint pas la bronche à l'encontre de ce qui se passe dans la broncho-pneumonie.

Après avoir montré combien sont insuffisantes les diverses théories pathogéniques émises, nous ne saurions mieux faire que de conclure avec F. Bourrée :

« La dilatation des bronches est produite par un mécanisme complexe qui a donné lieu à de nombreuses controverses.

» Les théories exclusivement mécaniques ou celles uniquement bronchiques pulmonaires ou pleurales ne peuvent être admises.

» Pour aboutir au processus de la bronchectasie deux conditions sont nécessaires et indispensables : une lésion bronchique et une lésion pulmonaire. La première consiste dans la perte de l'élasticité et de la résistance de la paroi ; la seconde, essentielle, réside dans l'imperméabilité du parenchyme environnant et dans la disparition

de son élasticité naturelle, ce qui ne lui permet plus de contrebalancer la pression intrabronchique. L'expiration forcée et répétée, qui même à l'état physiologique dilate légèrement les canaux aériens, sera une cause permanente adjuvante. »

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Pour la clarté de l'exposition nous diviserons avec les classiques les symptômes de la dilatation en deux groupes :

A. Symptômes fonctionnels.

B. Signes physiques.

A. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — On peut en distinguer 4 principaux : 1° la toux ; 2° l'expectoration ; 3° la dyspnée ; 4° l'hémoptysie.

1° *La toux.* — Elle est surtout fréquente le matin au réveil ; elle est quinteuse comme celle de la bronchite chronique. Elle se renouvelle fréquemment dans la journée lorsque, soit par suite de leur accumulation, soit par un changement de position, les sécrétions contenues dans les bronches dilatées arrivent jusqu'au contact des grosses bronches saines ou de la trachée,

2° *L'expectoration.* — Elle est d'abord muqueuse ou muco-purulente comme celle de la bronchite chronique, puis elle devient de plus en plus purulente. Cette expectoration est abondante, 150 à 500 et même 600 cc. par 24 heures. Elle peut par cette abondance même simuler une véritable vomique. Elle se produit de préférence le matin, le malade vidant alors les sécrétions accumulées dans les bronches pendant le repos de la nuit ; parfois cependant l'expectoration est uniformément répartie dans le courant de la journée. Il n'est pas rare de voir varier l'abondance de l'expectoration avec les changements de position pris par les malades, ces changements ayant pour résultat de vider leur cavité bronchique. Certains malades vident leurs dilatations en 3 ou 4 fois par 24 heures : ils sont pris de quintes de toux ou d'efforts analogues aux vomissements et ils rendent chaque fois sous forme de vomique 50 à 100 gr. de liquide muco-purulent.

Les produits expectorés sont fétides, ils ont une odeur fade caractéristique qui se transmet à l'haleine des malades. Cette fétidité est variable, elle peut parfois manquer mais elle atteint dans certains cas une telle puanteur que les malades d'une salle entière en sont incommodés. Cette fétidité cruellement tenace peut se prolonger avec ou sans rémissions pendant des mois et des années, et le malheureux qui en est affecté fuit forcément toute réunion, n'ose se montrer en public et se condamne à l'isolement. On attribue la fétidité des crachats à la décomposition putride qui s'opère dans les bronches dilatées, à leur gangrène superficielle qui s'accompagne parfois de gangrène pulmonaire.

Si on laisse cette expectoration se déposer dans une éprouvette de cristal, on voit bientôt se former une cou-

che inférieure opaque et crémeuse : c'est une purée verdâtre composée de débris de globules de pus et de leptothrix, de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine ou de margarine ; au-dessus se produit une couche moyenne d'épaisseur variable formée d'un liquide muqueux ; la couche superficielle est spumeuse et aérée.

3° *La dyspnée.* — Elle est habituellement modérée, mais à la longue elle va en progressant et s'accompagne comme toutes les affections du poumon d'une dilatation du cœur droit.

4° *L'hémoptysie.* — L'hémoptysie est assez fréquente au cours de la dilatation des bronches. Ces hémoptysies peuvent survenir à toutes les périodes de la broncheectasie, mais le plus fréquemment, on peut le dire, lorsque la maladie est bien confirmée. Les caractères du sang expectoré ont été décrits par Gombault : rarement rouge l'hémoptysie a le plus souvent une coloration spéciale : « lavure de chair ». Quelquefois la couleur est comparée à celle de la brique foncée ; mais, si les crachats séjournent longtemps dans les voies aériennes, ceux-ci peuvent prendre diverses colorations, et si ce séjour a duré longtemps il n'est pas rare d'observer du sang noirâtre. Au début l'hémoptysie serait d'un rouge vif, puis elle prendrait la teinte « lavure de chair ».

Les hémoptysies sont plus abondantes lorsqu'elles sont tardives ; quelquefois elles occasionnent la mort (Mémoires de Barth).

L'hémoptysie dans la dilatation n'est souvent qu'un accident. Les hémoptysies sont rarement isolées, mais elles se répètent à de fréquents intervalles ; dans la majorité des cas ces hémoptysies sont légères et n'ont

aucune gravité. Il peut y avoir dans l'appréciation des faits certaines causes d'erreur ; aussi y a-t-il lieu de se demander, lorsqu'on se trouve en présence d'hémoptysies chez des malades atteints de dilatation bronchique, si cette dilatation n'est pas tuberculeuse. Dans la majorité des cas, c'est un accès de toux vive qui est la cause de l'hémoptysie ; cette toux aux allures de quinte est souvent accompagnée de fièvre qui cesse avec l'émission de sang.

Au point de vue pathogénique, Barth attribue ces hémoptysies à une tuberculose concomitante ; Katz et Gintrac à des congestions pulmonaires. MM. Hanot et Gilbert, Leroy et Dallidet ont établi la pathogénie de ces hémoptysies sur des bases précises. Le fait important est que la paroi des bronches dilatées est formée de cellules embryonnaires avec production de vaisseaux nouveaux, le plus souvent dilatés. Or ces nouveaux vaisseaux ont une paroi très faible où domine l'élément embryonnaire. L'état anévrismatique tient à la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires ; cet état anévrismatique porte surtout sur des vaisseaux capillaires.

On note à la surface des bronches de véritables bourgeons charnus formés de cellules embryonnaires et parcourus en tous sens par des néo-vaisseaux ; lorsqu'un de ces vaisseaux est en état de réplétion, la rupture peut se produire pour la moindre cause : accès de toux, accès de palpitation.

L'hémoptysie est ordinairement légère, rarement elle présente des caractères graves ; à la longue cependant elle affaiblit le malade par sa répétition et sa continuité.

A la fin de la maladie, il n'est pas rare d'observer des signes de dilatation du cœur avec insuffisance de la

valvule tricuspide et présence du pouls veineux dans les veines du cou. Cette complication, qui est le mode de terminaison habituelle de la dilatation, aggrave le pronostic de la maladie; cependant l'hémoptysie, grâce à cette complication, disparaît souvent.

B. SIGNES PHYSIQUES. — Les signes physiques sont : 1° des signes cavitaires; 2° des signes de sclérose concomitante du poumon ou des signes de pleurite.

A l'inspection, le thorax est fréquemment aplati au niveau de la région du poumon atteinte d'ectasie bronchique.

Le signes cavitaires indiquent simplement qu'une ou plusieurs cavités se sont formées au sein du parenchyme pulmonaire.

Si l'on percute au niveau du point ectasié, l'on entend un bruit tympanique ou un bruit de pot fêlé si la caverne est vide; on perçoit au contraire un son mat si elle est remplie de sécrétions.

A l'auscultation on entend un souffle caverneux avec retentissement de la voix et de la toux.

Aux signes précédents s'ajoutent des gargouillements si l'ectasie est encombrée de sécrétions; si la cavité est suffisamment spacieuse, le souffle peut prendre un timbre métallique comme dans le pneumothorax.

L'aplatissement du thorax, le rapprochement des côtes, l'aspiration du diaphragme, la matité ou la submatité à la percussion, la présence de sibilants et ronflants signes de bronchite témoignent de la présence d'une sclérose pulmonaire, compagne assidue des bronchectasies.

La pleurite concomitante se manifeste par des frottements.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'on examine la cavité thoracique d'un dilaté bronchique l'on y rencontre des lésions essentielles qui sont des lésions des bronches, et à côté des lésions secondaires qui sont des lésions pleuro-pulmonaires.

1° *Les lésions bronchiques* peuvent être divisées en lésions macroscopiques et lésions microscopiques.

Au point de vue macroscopique, l'augmentation du calibre de la bronche peut porter sur toute sa circonférence et sur certaine longueur : c'est la dilatation cylindrique. Elle peut être générale et s'étend alors à toutes les bronches d'un pöumon, ou partielle et elle intéresse alors une seule bronche ou portion de bronche.

Parfois cependant la dilatation n'occupe qu'une partie de la circonférence de la bronche, formant une sorte de

sac latéral appendu à cette dernière, et c'est la dilatation ampullaire latérale.

Dans la dilatation en chapelet ou moniliforme, on voit une série de renflements séparés par des portions de bronches de calibre normal ou rétrécies.

L'intérieur des bronches est lisse, couleur pelure d'oignon si la dilatation est récente, elle est granuleuse avec saillies papilliformes si la lésion est ancienne.

Au point de vue microscopique, si la lésion est récente l'épithélium a perdu ses cils vibratiles et devient caliciforme ou cubique ; le tissu conjonctif sous-épithélial est épaissi et infiltré, les fibres élastiques ont plus ou moins disparu. Lorsque la dilatation est ancienne, l'épithélium a parfois disparu ainsi que la membrane basale, et la surface de la cavité est représentée par du tissu à cellules rondes comme celui des bourgeons charnus d'une plaie.

Dallidet ainsi que Hanot et Gilbert ont montré que les capillaires sont extrêmement dilatés ; ces dilatations se font tantôt uniformément, tantôt sous forme d'anévrysmes, fusiformes, sacciformes ou ampullaires ; cet état anatomique des capillaires nous explique la présence assez fréquente d'hémoptysies dans la dilatation.

2^e Lésions pulmonaires et pleurales. — Le parenchyme pulmonaire est constamment atteint par l'inflammation chronique aux environs des bronches dilatées. Il est ratatiné, imperméable à l'air, compact, induré à la coupe, le tissu crie sous le scalpel ; les autres lésions pulmonaires sont accessoires et inconstantes, tels l'emphysème et la gangrène pulmonaire.

La plèvre est presque toujours malade, elle présente des adhérences qui unissent les deux feuillets et les transfor-

ment en une coque fibreuse d'épaisseur variable présentant parfois de l'infiltration calcaire. Barth, sur 42 cas, n'a rencontré les plèvres saines que deux fois. L'adénopathie trachéo-bronchique suppurée ou non est presque la règle dans la dilatation.

DEUXIÈME PARTIE

De la dilatation bronchique chez les jeunes

CHAPITRE PREMIER

CARACTÈRES PARTICULIERS DE LA DILATATION BRONCHIQUE CHEZ LES JEUNES

Au point de vue étiologique cette affection ne présente aucun caractère bien particulier chez les jeunes sujets.

Il est plus intéressant d'étudier sa fréquence. Thiroloix et Debré parlant à ce sujet de la dilatation bronchique en général s'expriment ainsi : « La dilatation des bronches est une affection rare, très rare même ; elle ne nous a pas paru dans les services hospitaliers d'observation plus fréquente que le cancer du poumon. » Après cette appréciation de ces deux auteurs sur la fréquence de cette mala-

die, nous ne croyons pas exagérer en disant que cette affection est exceptionnelle chez les jeunes (1); sur les 35 observations de dilatation des bronches que nous avons parcourues, nous avons trouvé 9 cas seulement chez des individus âgés de 15 à 30 ans. Biermer, qui dans un article sur la dilatation des bronches (*Virchow's Archiven*, Bd. 19, p. 241) rappelle 35 cas de broncheectasie, ne cite que 8 cas de cette affection survenue chez de jeunes sujets. Cette rareté même de la broncheectasie entre 15 et 30 ans est un des principaux caractères de cette affection à cet âge.

Symptômes. — Tous se rencontrent : la toux, l'expectoration ; l'hémoptysie elle-même ne fait point défaut puisque sur 9 cas nous l'avons rencontrée 5 fois (2).

Anatomie pathologique. — Au point de vue micros-

(1) *Cas de dilatation entre 15 et 30 ans :*

- 1° Thèse de Gebrak, observation II.
- 2° Thèse de Gebrak, observation VII.
- 3° Thèse de Gebrak, observation VIII.
- 4° Thèse de Bourrée, observation III.
- 5° Thèse de Bourrée, observation VII.
- 6° Thèse de Houdinet, observation III.
- 7° Thèse de Katz, observation unique.
- 8° Thèse de Gombault, observation I.
- 9° Thèse de Gombault, observation II.
- 10° Trousseau, Leçons cliniques.

(2) *Cas de dilatation chez des jeunes avec hémoptysies :*

- 1° Thèse de Gebrak, observation VII.
- 2° Thèse de Gebrak, observation VIII.
- 3° Thèse de Houdinet, observation III.
- 4° Thèse de Katz, observation unique.
- 5° Thèse de Gombault, observation II.

copique rien de particulier à signaler. Au point de vue macroscopique la dilatation ampullaïre est certainement la plus fréquente. Mais l'on rencontre aussi la dilatation cylindrique, et Gombault dès 1858 en rapporte un cas dans sa thèse (Obs. I) chez une femme de 28 ans. La dilatation en chapelet se rencontre également ; pour en avoir un exemple il suffit de lire l'observation II de la thèse de ce même auteur.

Evolution et pronostic. — À ce point de vue il faut bien distinguer la bronchectasie aiguë de la bronchectasie chronique. La bronchectasie aiguë emporte assez rapidement le malade ; parfois cependant, après une période d'acuité, elle peut passer à l'état chronique.

La bronchectasie chronique, au contraire, lorsqu'elle n'est pas associée à la tuberculose pulmonaire, présente des symptômes bénins durant une longue période. Beaucoup de ces malades n'ont pas de fièvre, conservent leur appétit, ne présentent pas d'amaigrissement notable et peuvent vaquer à leurs occupations. S'ils ne sont pas atteints de fétidité leur existence est normale, sauf cependant que leur expectoration est abondante et que la dyspnée croissant avec les progrès de la maladie devient une cause de gêne. On ne peut en somme qu'être frappé avec Trousseau et Laënnec de l'innocuité de la maladie jusqu'à sa période en quelque sorte ultime.

Ces malades peuvent vivre de la vie commune pendant 10, 20, 30 et même 50 ans ; tel est le cas de la malade de Laënnec, qui, porteuse d'une dilation bronchique depuis l'âge de 16 ans environ, mourut, à 72 ans.

Cependant la dilatation bronchique aboutit à la longue à une cachexie, avec fièvre hectique, diarrhée, sueurs nocturnes. Cette cachexie est due à des phénomènes

toxiques qui trouvent leur origine dans la résorption des produits de décomposition du contenu bronchique : ainsi font leur apparition la dégénérescence amyloïde du foie et du rein, les ongles hippocratiques, l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre-Marie.

Des complications infectieuses se manifestent également aux diverses phases de la maladie.

L'infection secondaire des parois des cavernes se produit. Les microbes peuplant les ectasies (streptocoque, staphylocoques, pyogenes fœtidus, etc.) se diffusent et passent dans la circulation où Babès a pu les mettre en évidence. Les microbes passent dans le cœur gauche et de là sont embolisés dans tous les organes où ils donnent naissance à des suppurations.

Les endocardites infectieuses (Thirollox), les arthrites suppurées (Parmentier) et surtout les abcès du cerveau (Biermer) sont particulièrement fréquents. Les complications locales sont : la pleurésie purulente et surtout le pneumothorax. Gebrak, dans sa thèse (1901), rapporte 9 cas de dilatation bronchique avec pneumothorax à des âges divers de la vie.

Houdinet signale la possibilité de la mort par hémoptysie chez le dilaté bronchique. Enfin il faut signaler la dilatation du cœur droit comme un fait habituel.

En résumé, la forme chronique de la bronchectasie n'atteint pas l'état général pendant longtemps ; elle a une marche lente et progressive. Elle se termine, soit brutalement par une des complications énumérées plus haut ou une affection aiguë des bronches ou du poumon, soit lentement au milieu de phénomènes cachectiques.

A moins que par un heureux hasard la guérison ne survienne, le pronostic est donc sérieux et dépend de la

présence ou de l'absence de la tuberculose, de l'étendue des lésions, de l'âge du sujet.

Dans quelques cas extrêmement rares, il est vrai, et contrairement à ce que pensait Barth, la bronchectasie peut guérir soit par une pétrification du contenu de la cavité bronchique, soit que le contenu des ectasies soit expectoré, que l'ampoule s'efface, que les parois se rapprochent et que la cicatrisation s'effectue. Dans un cas de Bamberger une cavité bronchique s'ouvrit dans la plèvre et la guérison survint après thoracentèse.

En somme, la bronchectasie chez les jeunes ne présente rien de bien particulier au point de vue symptômes, étiologie, anatomie pathologique, etc. Seule son extrême rareté est à retenir. Son diagnostic, que nous allons à présent étudier, offre un intérêt spécial par la difficulté qu'il présente, surtout lorsqu'il s'agit de distinguer la bronchectasie d'une tuberculose à la phase cavitaire.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Nombreuses sont les affections qui peuvent simuler la bronchectasie ; parmi elles nous devons signaler la bronchite fétide, la gangrène pulmonaire, la gangrène des extrémités bronchiques, et la vomique, la vomique pleurale principalement, enfin et surtout la caverne tuberculeuse.

Nous serons bref au sujet du diagnostic différentiel de ces premières affections d'avec la dilatation bronchique, ces diagnostics ayant été faits. Du reste ces diagnostics n'offrent ni plus d'intérêt ni plus de difficultés chez les dilatés bronchiques jeunes que chez les vieux, il en sera tout autrement du diagnostic différentiel entre la dilatation bronchique et la caverne tuberculeuse chez les jeunes sujets.

La gangrène pulmonaire se distingue de la dilatation

bronchique par son début brusque, par un point de côté et une dyspnée atroce d'emblée, un état général grave, une expectoration moins abondante et couleur lie de vin caractéristique, une odeur de sphacèle bien différente de l'odeur fade des crachats du dilaté bronchique. L'évolution de la gangrène pulmonaire est rapide.

Le pneumothorax ou l'hydropneumothorax se caractérise en général assez facilement par la présence de tintement métallique et de souffle amphorique.

Mais la difficulté est bien plus considérable lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic différentiel entre une vomique pleurale et une dilatation, et encore parmi les vomiques pleurales faut-il bien distinguer la pleurésie purulente de la grande cavité et la vomique de la pleurésie interlobaire.

Une pleurésie purulente de la grande cavité se diagnostique assez aisément, si l'évolution et les symptômes d'une pleurésie ont été observés, par l'apparition brusque à travers les bronches d'une abondante expectoration et les signes d'une grande cavité qui vient remplacer l'épanchement.

Il en est tout autrement de la pleurésie interlobaire dans laquelle des symptômes obscurs, une expectoration moins abondante, l'existence d'une rétraction du thorax et d'une matité ou d'une submatité dans la région sous-scapulaire, la constatation de signes de caverne à l'auscultation permettraient aussi bien de conclure à une dilatation. Mais dans la pleurésie interlobaire, la vomique apparaît brusquement, le liquide rendu est d'emblée abondant et diminue ensuite les jours suivants. Dans la dilatation au contraire la bronchorrhée s'établit lentement et croît de jour en jour.

Il ne nous reste plus à présent qu'à étudier le dia-

gnostic différentiel entre la dilatation bronchique et la caverne tuberculeuse ; diagnostic important parce que difficile, surtout chez les jeunes sujets, et qu'une erreur de diagnostic se double souvent d'une erreur de pronostic.

Les éléments de ce diagnostic nous sont fournis par deux sources : 1° la clinique ; 2° le laboratoire.

A. ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC FOURNIS PAR LA CLINIQUE.
— C'étaient les seuls que l'on possédât jusqu'à la découverte du bacille de Koch et de sa méthode de coloration.

Ces éléments de diagnostic, comme nous le verrons, n'étaient nullement décisifs, ce qui nous explique que jusqu'à cette époque la dilatation bronchique pouvait être soupçonnée mais bien rarement diagnostiquée d'une façon certaine, et l'on voyait Trousseau lui-même hésiter longtemps avant de porter un diagnostic de dilatation bronchique. Jusqu'à ces trente dernières années l'autopsie seule pouvait permettre d'affirmer un diagnostic de dilatation des bronches, affirmation un peu tardive.

Barth, dans son mémoire sur la dilatation des bronches, indique sur quels arguments cliniques on se basait autrefois pour diagnostiquer la bronchectasie, et Gombault, dans sa thèse, établit une parallèle des caractères distinctifs qui permettaient de différencier la dilatation d'avec la tuberculose.

Nous nous garderons de rapporter tous ces caractères différentiels, nous n'exposerons que les principaux et nous montrerons ensuite combien ils sont peu décisifs.

Les arguments qu'utilise la clinique peuvent lui être fournis par les phénomènes locaux, l'évolution, l'âge et l'état général.

Dans la dilatation, les lésions siègent plus fréquemment à la base qu'au sommet, elles sont le plus souvent unilatérales; les hémoptysies sont moins ordinaires, l'expectoration est plus abondante et généralement fétide, les crachats n'affectent pas une forme nummulaire comme chez les tuberculeux, la toux est moins souvent émétisante.

Les phénomènes stéthoscopiques ne présentent aucune différence caractéristique, dans l'un comme dans l'autre cas ce sont les mêmes signes de caverne et l'auscultation est impuissante à la localiser dans le parenchyme pulmonaire ou dans les bronches.

La bacillose frappe surtout les jeunes, tandis que la bronchectasie atteint surtout les vieux.

L'évolution de la bronchectasie est bien différente de celle de la bacillose; le dilaté bronchique, malgré la présence d'une caverne, conserve longtemps un bon état général, il ne présente pas d'amaigrissement sensible, pas de sudations abondantes, peu ou pas de fièvre, pas de suppression des règles. Chez le bacillaire à spélonques l'état général au contraire ne tarde pas à devenir mauvais.

Mais aucun de ces signes ne peut être pour nous une garantie, aucun n'est vraiment pathognomonique; ce sont des signes qui se rencontrent assez fréquemment, mais qui peuvent également faire défaut.

C'est ainsi que l'on rencontre assez fréquemment des tuberculeux à caverne avec un état général bon, alors que l'on peut rencontrer des dilatés bronchiques présentant toutes les allures de tuberculeux.

La bronchectasie est loin d'être l'apanage de la vieillesse et on la rencontre également chez les jeunes.

Sur les 34 observations de dilatation bronchique qu'il

nous a été permis de lire, nous avons rencontré 8 cas de dilatation à un âge compris entre 15 et 30 ans.

Comme on le voit, le nombre des broncheectasiques jeunes est bien moins considérable que celui des dilatés bronchiques avancés en âge, mais ils n'en existent pas moins. Et, chez eux, le diagnostic sera particulièrement difficile puisque, foulant aux pieds l'argument de fréquence, le clinicien devra conclure à une affection qui est une rareté à cet âge, alors que la tuberculose, si fréquente et à symptômes si semblables, s'offre à son esprit. On voit avec quelles difficultés insurmontables ce même clinicien serait aux prises si ce jeune dilaté, outre la toux et l'expectoration, offrait encore des hémoptysies.

Le présence d'hémoptysies ne saurait affermir notre diagnostic, car elles sont loin d'être rares chez les dilatés bronchiques, puisque Houdinet dans sa thèse rapporte 17 cas de broncheectasie avec hémoptysies. Ces crachements de sang n'offrent d'ailleurs aucun caractère bien particulier qui permette de les distinguer des hémoptysies tuberculeuses.

La dilatation a, il est vrai, plus de prédilection pour la base que pour le sommet du poumon, mais il ne doit pas être très rare de la rencontrer au sommet, puisque Barth, qui a publié 43 cas de dilatation bronchique, la considère comme aussi fréquente au sommet qu'à la base.

Tous ces arguments pris isolément ne peuvent nous permettre de conclure à la dilatation et à l'exclusion de la bacillose, tout au plus dans les cas favorables, lorsqu'un certain nombre de ces arguments se trouvent réunis, pouvons-nous pencher vers l'un de ces deux diagnostics plutôt que vers l'autre, et, si nous voulons avoir des renseignements plus certains, nous devons avoir

recours aux éléments de diagnostic fournis par le laboratoire.

B. ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC FOURNIS PAR LE LABORATOIRE. — Le laboratoire, pour établir le diagnostic, utilise un nombre assez considérable de méthodes dont nous ne nommerons que les principales :

- 1° La recherche des bacilles ;
- 2° L'inoculation au cobaye ;
- 3° La séro-réaction ;
- 4° L'ophtalmo-réaction ;
- 5° La cuti-réaction ;
- 6° L'intradermo-réaction, etc.

Les deux premières de ces méthodes forment un premier groupe bien distinct au point de vue du diagnostic qui nous occupe. Ce sont les deux méthodes les moins commodes, car il n'est pas toujours facile de mettre en évidence dans une préparation les bacilles tuberculeux ; lorsque ceux-ci sont très peu abondants dans l'expectoration, elles nécessitent un outillage spécial. L'inoculation demande de trop longs délais pour fournir un résultat, mais en revanche lorsque ces deux premières expériences sont positives nous pouvons être certains de nous trouver en présence d'une tuberculose pulmonaire, puisque l'on opère sur des crachats.

L'ophtalmo, la cuti, l'intradermo-réaction au contraire, lorsqu'elles sont positives, nous indiquent que nous sommes en présence d'individus présentant en quelque point de leur corps des lésions tuberculeuses, mais elles ne nous disent pas où siègent ces lésions ; si elles sont négatives, au contraire, nous ne sommes pas certains de

ne pas nous trouver en présence de tuberculeux ; car ces méthodes restent négatives dans près de 50 0/0 des cas de tuberculose avancée ; or ce sont précisément des tuberculoses avancées que l'on a à différencier de la dilatation. Du reste, chez l'adulte, ces réactions perdent un peu de leur sensibilité.

La recherche des bacilles et l'inoculation doivent donc être considérées comme les méthodes de choix pour permettre d'éliminer la bacillose lorsqu'on croit se trouver en présence d'une bronchectasie.

La dilation bronchique n'est pas une maladie due à un microbe spécifique, mais un état anatomique, résultat de maladies antérieures de l'appareil respiratoire, son diagnostic ne se fonde que sur des signes négatifs : l'absence de tuberculose ; aussi la recherche des bacilles et l'inoculation devront-elles être fréquemment répétées, et constamment négatives pour que nous soyons en droit de conclure à la bronchectasie.

L'ophtalmo, la cuti et l'intradermo-réaction doivent être considérées comme moins sûres, leur absence ne permettant pas d'éliminer la bacillose d'une façon certaine, et, lorsqu'elles seront positives, on ne devra rapporter à la bacillose les lésions pulmonaires que si toutes les autres parties du corps, explorées soigneusement, ne présentent pas de traces de bacillose locale : l'une de ces réactions peut être positive chez un individu présentant une adénite inguinale bacillaire et une dilatation bronchique, sans que le poumon présente la moindre trace de bacillose. Ces dernières réactions sont un complément utile des précédentes. Lorsqu'on ne pourra faire mieux, elles pourront être utilisées avec les réserves faites plus haut ; en aucun cas elles ne devront être considérées comme des méthodes de choix.

Un cas particulièrement embarrassant sera celui où la clinique et le laboratoire se trouveront en contradiction. Quel parti faudra-t-il prendre ? écouter la clinique ou nous ranger à l'avis du laboratoire ? Pour se faire une opinion, dans ce cas, il suffit de rapporter ces quelques lignes de Marfan, sur la dilatation des bronches, dans le *Traité de médecine* de Bouchardat :

« J'ai observé un malade pour lequel on avait établi le diagnostic de tuberculose avec caverne pulmonaire : trois fois l'examen des crachats fut pratiqué, jamais on n'y rencontra de bacilles. Le diagnostic de phtisie semblait, néanmoins, si fermement établi qu'il fut maintenu malgré les résultats de cet examen, où l'autopsie décéla une dilatation pure sans complication de tuberculose. »

Et il ajoute :

« Depuis que j'ai observé ce fait, j'ai vu, à trois ou quatre reprises, mes maîtres établir le diagnostic de dilatation bronchique ; l'examen des crachats vint chaque fois démentir ce diagnostic.

Que conclure de ces lignes ? sinon à l'importance extrême et pressante des examens de laboratoire si peu pratiqués jusqu'à ce jour. Tout au plus avons-nous relevé cinq observations (1) où l'on ait daigné faire la recherche du bacille de Koch ; quant aux autres réactions et à l'inoculation, elles n'ont jamais été pratiquées.

(1) Observations dans lesquelles a été pratiquée la recherche du bacille de Koch :

1^o Observation VIII de la thèse de Bourrée pas de bacilles.

2^o Observation VIII (Thèse de Houdinet) pas de bacilles.

3^o Observation IX (Thèse de Houdinet) pas de bacilles.

4^o Observation X (Thèse de Houdinet) pas de bacilles.

5^o Observation XVII (Thèse de Houdinet) pas de bacilles.

On voit combien la clinique est impuissante à établir un diagnostic ferme de dilatation des bronches et combien elle a besoin des vérifications du laboratoire même dans les cas les mieux établis !

En fait de dilatation la clinique dirige le laboratoire et juge en première instance ; mais c'est le laboratoire qui juge en dernier ressort, c'est lui qui prononce la sentence.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de MM. les professeurs Grasset et Rauzier.)

Mathilde T..., 23 ans, domestique, entrée le 26 mai 1909, salle Espéronnier, se plaint de cracher et de tousser.

Antécédents personnels. — N'a pas eu de maladie antérieure, si ce n'est dans son jeune âge où elle semble avoir eu une maladie de nature indéterminée. Elle a commencé à tousser à l'âge de 9 à 10 ans ; la toux était accompagnée d'expectoration et se manifeste surtout le matin et le soir. Au moment où s'est établie la menstruation, ont apparu des douleurs dans les épaules, le dos

et les flancs, à l'âge de 19 ans la malade entre à l'hôpital pour la première fois.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à 33 ans, mère bien portante, toussé cependant quelque peu. La malade a deux sœurs, dont l'une bien portante; l'autre est morte à l'âge de 8 ans à la suite d'une méningite avec hémiplegie; un cousin mort bacillaire. Cette malade est entrée pour la première fois, en 1902, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Grasset. Depuis cette époque, elle y fait à peu près tous les ans un séjour.

Entrée pour la deuxième fois le 25 avril 1903, elle se plaignait déjà de tousser et de cracher depuis 2 ans mais elle n'avait jamais eu d'hémoptysie. Elle présentait de l'aménorrhée depuis 3 mois ainsi qu'un peu d'anorexie, elle semblait avoir maigri.

Le thorax ne présentait rien du côté gauche, du côté droit et en avant, matité immédiatement au-dessous de la clavicule, gros râles caverneux.

En arrière et du même côté, à la percussion, matité décroissant du sommet à la base, l'auscultation fait entendre de gros râles humides à la partie supérieure du tiers moyen.

Traitement : suralimentation.

Notre malade fait un nouveau séjour à l'hôpital Suburbain en 1904 et en 1905.

Le 27 mars 1907, elle entre pour la cinquième fois, salle Espéronnier, lit n° 20. L'examen de la poitrine révèle à la percussion un bruit de pot fêlé immédiatement au-dessous de la clavicule droite; à l'auscultation, on entend un souffle caverneux et des gargouillements.

L'état général est excellent.

L'analyse des crachats révèle l'absence de bacilles de Koch.

On pense à la possibilité d'une syphilis pulmonaire et l'on administre 1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour.

Le 2 mai, sous l'influence de l'iodure, les râles n'augmentent pas. On donne du sirop de Gibert, 2 cuillerées à soupe par jour.

En mars 1908, nouveau séjour à l'hôpital, la malade a maigri de deux kilos, on trouve toujours les mêmes signes de cavité du côté droit.

Enfin notre jeune domestique entre pour la septième fois en mai 1909. On fait un nouvel examen de crachats qui indique l'absence de bacilles de Koch. L'inoculation au cobaye est également tentée à plusieurs reprises sans succès. Le cobaye ne présente pas de lésions tuberculeuses.

Le 2 juin, on pratique l'ophtalmo-réaction qui est également négative.

Nous avons l'occasion de l'examiner au mois d'octobre 1909.

Elle a un état général excellent, elle ne crache pas actuellement et tousse peu grâce à l'emploi du phosphotal. Jusqu'à ces derniers temps la malade crachait principalement le matin au réveil; les crachats étaient épais et de coloration verdâtre, la toux était par moments émétisante; elle a présenté une hémoptysie, il y a un an environ: cette hémoptysie semble avoir été peu abondante. Dyspnée d'effort appréciable, mais bien moindre qu'autrefois.

Appareil digestif. — Appétit variable, quelques régurgitations après le repas, ballonnement du ventre et con-

gestion de la face, constipation avec glaires. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Appareil urinaire et génital. — Mouches volantes devant les yeux, quelques bourdonnements d'oreilles, quelques fourmillements dans les doigts ; la malade est frieuse et craint particulièrement le froid aux pieds, mais pas d'albumine dans les urines.

Les règles sont régulières mais peu abondantes et un peu douloureuses.

L'appareil circulatoire ne présente rien de particulier.

Etat général. — Pas de fièvre, mais des sueurs nocturnes assez abondantes, ces sueurs réapparaissent au moindre effort ; la malade n'est pas amaigrie, mais présente au contraire un certain embonpoint sous l'influence du traitement.

Traitement : Cacodylate de soude en injections hypodermiques et phosphotal.

Appareil respiratoire. — L'examen de l'appareil respiratoire révèle au-dessous de la clavicule droite un bruit de pot fêlé à la percussion et à l'auscultation un souffle caverneux, sans gargouillements. En faisant compter et tousser la malade on perçoit du retentissement de la voix et de la toux.

Dans tout le reste des deux poumons, sibilants et ronflants disséminés peu abondants.

Diagnostic : L'évolution de la maladie permet d'éliminer l'idée d'une vomique ; l'idée d'une syphilis pulmonaire ne se fondait guère que sur un seul argument : à savoir que la sœur de la malade était morte de méningite avec hémiplégie.

L'hypothèse d'une caverne tuberculeuse est et surtout était très admissible. C'était le diagnostic posé par

un premier médecin qui visita notre malade chez un horloger de la ville où elle exerçait sa profession de domestique ; sur le conseil du médecin la malade entre se reposer à l'hôpital. A sa sortie elle entre comme domestique chez Mme X... Sa toux et son expectoration attirent l'attention de ses maîtres qui font quérir un nouveau docteur ; même diagnostic de bacillose, nouveau renvoi.

Notre malade se place chez Mme C..., d'où elle est bientôt remerciée bien que M. le professeur Gaussel, appelé, déclare qu'elle n'est pas tuberculeuse.

Parmi les nombreux renvois motivés par le fait de sa maladie, nous n'avons relevé ici que les principaux : ils s'élèvent au nombre de six à sept au moins, et la malade nous déclare encore n'avoir pas le souvenir de tous.

Il est certain aujourd'hui que Mathilde T... n'est pas bacillaire puisque la recherche des bacilles, plusieurs fois répétée, a révélé leur absence, que l'inoculation au cobaye n'a pas fait apparaître des lésions tuberculeuses chez ce dernier, que l'ophtalmo-réaction a été négative. Il faut donc conclure au diagnostic de dilatation bronchique.

A la fin du mois d'octobre 1909, Mathilde T... sortait de l'hôpital avec un certificat signé de MM. Rauzier et Gaussel, professeurs, certificat affirmant que Mathilde T... n'est pas tuberculeuse.

OBSERVATION II

(D'après les notes de M. le professeur Gausse)

Jean B..., 18 ans, menuisier, entré à l'hôpital le 28 avril 1906, clinique du professeur Grasset, salle Fouquet, n° 13, était malade depuis un an et demi environ.

Antécédents personnels. — A eu à 3 ans une fluxion de poitrine. Le début de la maladie actuelle s'est manifesté par une toux sèche sans expectoration ; au bout de six mois le malade a commencé à cracher ; un an après il crachait et toussait fréquemment et cette toux opiniâtre accompagnée d'une abondante expectoration se produisait surtout la nuit et le matin.

Jamais B... ne se plaignit de douleurs bien vives, jamais il ne présenta de vomiques, mais le matin il crachait un plein crachoir ; à l'heure actuelle il crache encore beaucoup.

Comme aspect extérieur, il présente certains caractères très nets : ses doigts sont en baguettes de tambour, très caractéristiques, la phalange est élargie ; il présente un ongle incarné.

Il y a trois mois, le malade se plaignait de douleurs à droite, ces douleurs durèrent pendant un certain temps et nécessitèrent l'application d'un vésicatoire.

Il ne présente ni amaigrissement ni fièvre. Il n'a jamais eu d'hémoptysie mais l'expectoration est très abondante.

A partir de huit heures du matin, on recueille les crachats en quatre crachoirs.

L'examen des deux premiers révèle nettement du pus disposé en couches régulières.

Le troisième ne renferme rien.

Le quatrième, celui du matin, après le repos de la nuit renferme de nombreux crachats purulents et aérés.

Cette petite expérience démontre d'une façon évidente que l'expectoration est surtout abondante le matin et qu'elle va en diminuant dans le cours de la journée jusqu'à disparition complète.

Examen du thorax. — En avant: La percussion ne nous révèle rien, les vibrations pas davantage et l'auscultation rien encore.

En arrière: Nous relevons la trace d'un vésicatoire à la base droite. Du côté droit encore et à la base, nous remarquons une submatité nette remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. En ce qui concerne les vibrations il n'y a rien à noter. L'auscultation fait entendre un souffle cavitairé s'étendant sur une zone bien limitée; on perçoit également quelques râles et de la bronchophonie lorsqu'on fait compter le malade; mais on n'entend pas de souffle amphorique ni de bruit d'airain au niveau de cette base.

Ces signes font conclure à la présence d'une excavation pleuro-pulmonaire.

La recherche des bacilles dans les crachats révèle leur absence.

Du côté gauche et à la base la respiration est soufflante.

Le 31 mai on constate 39° de fièvre. Ceci engage à un nouvel examen du thorax: à droite et en arrière, on constate un souffle cavitairé net, mais on ne perçoit pas de râles.

A gauche, un peu de respiration soufflante.

La poussée fébrile est de courte durée.

Le 8 juin on pratique un nouvel examen du thorax et l'on observe :

En avant, de la submatité et une expiration prolongée sous la clavicule droite.

En arrière, submatité à la base droite et au sommet droit, disposition en sablier ; à l'auscultation on perçoit toujours le souffle à la base droite, mais il s'y est joint quelques frottements.

A gauche, la respiration est soufflante.

Diagnostic : Est-ce une pleurésie purulente avec vomique ? mais le début n'a pas été brusque et l'expectoration a augmenté au lieu de diminuer.

Est-ce une bacillose à début pleural ? pas davantage puisque l'examen répété des crachats révèle l'absence de bacilles de Koch.

L'absence de souffle amphorique et de bruit d'airain permet d'éliminer le pneumothorax.

Jamais le malade n'a présenté d'hémoptysie, jamais il n'a expulsé de débris d'hydatide, ce qui nous permet de ne pas songer au kyste hydatique.

L'on arrive ainsi par exclusion au diagnostic de dilatation des bronches.

CHAPITRE IV

LE DILATÉ BRONCHIQUE AU POINT DE VUE SOCIAL

Il est évident que tout individu coûte à la société ; c'est en effet cette dernière qui lui fournit les moyens nécessaires à son existence et à son bien-être. En revanche, l'individu accumule en lui-même une certaine somme d'énergie qu'il devra à la société. Il lui apportera son travail, travail manuel ou intellectuel, dont les fruits concourront au bonheur et à la prospérité de cette même société.

Ce cas général s'appliquerait bien au dilaté bronchique ; celui-ci, nous l'avons vu, est la plupart du temps dans un état de santé suffisant pour lui permettre un certain travail. Le dilaté bronchique pourrait donc travailler, être utile à la société. L'énergie qu'il possède n'est pas comme on le croirait annulée, elle n'est que diminuée et la modeste somme de travail qu'il fournirait devrait bien n'être pas à dédaigner, et la société pourrait l'accueil-

lir, sinon avec empressement du moins avec compassion.

Malheureusement les faits démentent la première hypothèse. Ce malade, de par sa maladie, se voit quelquefois honni, détesté de la société ; cette dernière met un obstacle irréfragable à son bon vouloir, on le chasse de partout car les symptômes de sa maladie sont bien ceux de la tuberculose.

Et l'on sait qu'il suffit de prononcer ce mot magique en quelque sorte pour que les populations traquent et chassent du périmètre de leur demeure le malade qui pourrait par la contagion semer le mal au sein même de la famille.

Le dilaté bronchique, en effet, présente bien l'image de la tuberculose avec tout son cortège de symptômes : Il toussera fréquemment, il crachera, ses crachats seront abondants et répandront une odeur fétide ; bien plus, il crachera parfois du sang. C'en est assez !... Cette expectoration sanguine est suffisante pour édifier le peuple qui désignera le dilaté bronchique sous le nom de « poitriinaire ». Tout le monde le fuira, on le croira contagieux alors qu'il ne l'est pas.

Est-il domestique, il sera vite chassé, car on le croira un objet de contagion pour la famille. Veut-il un emploi, il est suspecté par le patron si ce dernier le voit tousser et cracher d'une manière anormale et ses offres de service sont de suite déclinées.

Tel a été le cas de notre jeune domestique, Mathilde T..., qui a été renvoyée six fois de maisons où elle exerçait sa profession.

Cet exemple est certes des plus frappants et généralement, en ce qui concerne la famille, celle-ci décide le renvoi sans même faire appeler un docteur. Les sym-

plômes sont formels, la tuberculose semble déclarée, les secours d'un médecin pourraient être inutiles... mieux vaut le renvoi!...

Si par hasard la famille daigne faire appel aux conseils d'un docteur, le pauvre dilaté bronchique ne trouvera pas en lui un aide, et le praticien, dénué du concours du laboratoire et confiant dans l'auscultation, constatant des signes de caverne, surtout si cette caverne siège au sommet et est accompagnée de crachements de sang, le praticien n'hésitera pas à porter le diagnostic de tuberculose et le renvoi ne tardera pas.

La science elle-même, on le voit, accable celui qu'elle devrait justement secourir.

Quels seront donc les moyens de défense que pourra faire valoir le dilaté bronchique? aucun. Poursuivi, chassé par la société à qui il demande protection, sa situation paraît devenir intolérable.

Désirerait-il avoir accès aux fonctions administratives (postes, télégraphes, etc., etc.), la visite médicale le refusera; on ne voudra pas introduire dans l'administration un élément de contagion pour le personnel entier. Il va sans dire qu'il en sera de même pour les compagnies d'assurances; le dilaté bronchique veut-il assurer sa personne, son assurance ne sera pas admise. La compagnie déclinera tout engagement.

Le conseil de révision sera, pour ce *faux tuberculeux*, une nouvelle cause de froissements, car il sera réformé et le public verra, dans cette décision, une confirmation de son diagnostic de tuberculose qu'il avait déjà posé.

Nous avons vu avec quelles difficultés le dilaté bronchique est aux prises lorsqu'il veut se trouver un emploi, nous allons voir que ce même dilaté bronchique ne peut, sans imprudence, exercer toutes les professions,

C'est ainsi que les affections aiguës du poumon revêtant chez lui une particulière gravité, il ne pourra exercer les professions qui l'exposent à des changements trop brusques de température.

Il doit éviter avec autant de soin les professions qui l'exposent aux poussières, car ces dernières par leur contact entretiendraient et augmenteraient le « catarrhe » bronchique et par suite l'expectoration, cause d'ennuis et de débilitation. De ce fait une nouvelle catégorie de professions lui seront interdites : c'est ainsi par exemple qu'il ne pourra être ni meunier, ni mineur, ni cardeur de laines, ni tailleur de pierres, etc.

Le bronchectasique résorbe sans cesse des toxines au niveau de ses dilatations ; ces toxines lui font subir un lent empoisonnement. Il ne sera donc pas à désirer qu'à ces poisons d'origine endogène viennent se joindre des poisons exogènes. Ces derniers peuvent être d'origine professionnelle ou d'origine alimentaire.

Afin de ne pas joindre une intoxication à une autre, le dilaté bronchique doit éviter toutes les professions qui peuvent l'exposer à une intoxication (par le plomb, le mercure, l'oxyde de carbone, etc.).

Il surveillera également son alimentation, évitant les viandes avancées et les mets faisandés, et surtout il fuira avec grand soin l'alcoolisme.

Ainsi la société est involontairement coupable en repoussant le dilaté bronchique, mais elle l'est encore en ne le protégeant pas contre les mille éléments de contagion qu'il peut rencontrer dans cette même société ; car on comprend aisément que ces sujets débilités offrent un terrain admirable à toutes les infections et une porte largement ouverte grâce aux corrosions de l'épithélium bronchique.

Le terrain est dès lors préparé, que le vent y apporte la graine et elle va germer. Parmi ces infections il en est une que le dilaté bronchique doit redouter : c'est la tuberculose. « Le dilaté bronchique n'est pas tuberculeux, il est tuberculisable. Et le nombre doit être grand de dilatés bronchiques devenus secondairement tuberculeux. »

Aussi pourrait-on répéter le mot employé bien souvent en d'autres circonstances, la dilatation bronchique « fait le lit de la tuberculose ». Elle prépare à la tuberculose qui n'a plus qu'à prendre position, à s'étendre dans un lit déjà façonné et à exercer tous les ravages dont elle est capable.

Ainsi le dilaté bronchique, ce faux tuberculeux traqué et sans défense, traîne péniblement son existence, malheureuse victime de l'erreur du public ! Erreur, mon Dieu, bien excusable, puisque les médecins eux-mêmes la commettent.

Les médecins seuls peuvent le réhabiliter s'ils veulent bien se rappeler que la tuberculose est très fréquente il est vrai chez les jeunes, mais que la dilatation existe aussi s'ils veulent avoir plus fréquemment recours aux enseignements du laboratoire.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il peut être médical ou chirurgical. Le traitement médical n'est nullement curateur ; il est purement symptomatique lorsque la maladie est déjà constituée. Néanmoins ce traitement peut dans certains cas être préservateur. C'est ainsi que les révulsifs tels que les pointes de feu, les vésicatoires, le cautère ; les expectorants tels le kermès, l'ipéca, en vidant les bronches peuvent prévenir leur ectasie.

La maladie une fois constituée, le traitement médical est impuissant, on se contente de diriger ses efforts contre certains symptômes fâcheux.

Telle la fétidité que Dieulafoy traite par des applications répétées de pointes de feu et contre laquelle on peut utiliser l'hyposulfite, l'iodoforme, le benjoin, l'eucalyptol, etc.

Lorsque l'expectoration devient gênante par son abon-

dance, on administre les sulfureux, la terpine, les balsamiques, la créosote, le gaïacol ainsi que leurs nombreux dérivés.

Les hémoptysies menaçantes sont traitées en agissant sur le sang et en facilitant sa coagulation (sérum gélatiné, chlorure de calcium, sérum antidiphthérique ou autre, etc., etc.). Ou bien l'on agit sur les vaisseaux par des vaso-constricteurs (ergotine, adrénaline, etc.), ou des vaso-dilatateurs (nitrite d'amyle).

Le traitement chirurgical comprend deux méthodes :

1° Les injections ;

2° La pneumotomie.

Les injections se pratiquent avec une seringue de Pravaz qui sert à introduire, dans les cavités bronchiques, une solution d'acide phénique à 2 %.

La pneumotomie consiste à ouvrir et à désinfecter les ectasies. Cette opération si dangereuse par les hémorragies n'a pas donné de résultats bien encourageants : Rosswell Park, dans un article des *Annales of surgery*, a fait le relevé de 25 cas de broncheectasie traités chirurgicalement. Sur ces 25 cas 9 décès se sont produits.

CONCLUSIONS

La dilatation bronchique chez les jeunes ne présente pas de symptomatologie bien spéciale, néanmoins elle est intéressante :

1° Parce qu'elle est rare.

2° Parce qu'elle prête particulièrement à erreur avec la tuberculose pulmonaire, erreur difficile à éviter avec le seul secours de la clinique.

3° Parce qu'elle nous montre dans quelle situation sociale particulière une affection cependant non contagieuse peut placer l'individu qui en est porteur.

4° Parce qu'elle met en vue une fois de plus l'importance considérable des examens de laboratoire et qu'elle nous montre la nécessité de faire ces examens, non seulement dans les cas de dilatation soupçonnée, mais encore dans les cas de tuberculose les mieux établis par la clinique.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. — Clinique médicale, t. III, 1829-1834.

APPEL. — Contribution à l'étude de la bronchectasie congénitale.

AZINCOURT (D'). — Interventions chirurgicales dans les bronchectasies. Thèse de Paris, 1896.

BARTH. — Recherche sur la dilatation des bronches. Mémoires de la Soc. méd. d'observation de Paris, t. II, 1856.

— Du diagnostic différentiel de la phthisie pulmonaire et de la dilatation bronchique. Union médicale, 1^{re} série, t. III.

BALZER. — Pneumonie chronique, *in* Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

BAMBERGER. — Bemerkungen ueber die bronchectasies sacciformis. Oesterreich Zeitschrift, 1859.

BEAU et MASSIAT. — Recherches sur le mécanisme des mouvements respiratoires. Archives générales de médecine, t. III, 1843.

BIERMER. — Wirchow's Archiven. Bd. XIX.

BOURRÉE. — Contribution à l'étude de la pathogénie de la dilatation des bronches. Thèse de Paris, 1905.

CAZALIS. — Considérations sur la formation des dilatations bronchiques.

CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine. Article : Dilatation des bronches.

CLAISSE. — Dilatation bronchique expérimentale. Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie du 26 octobre 1899.

— Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert, t. VII, 1900.

CORRIGAN. — De la cirrhose du poumon. Archives générales de médecine, 3^e série, t. II, 1838.

DALLIDET. — Anatomie pathologique et pathogénie de la dilatation des bronches. Thèse de Paris, 1881.

DÉJEAN. — Contribution à l'étude des hémoptysies non tuberculeuses de la dilatation des bronches. Thèse de Paris, 1886.

FAUVEL. — Mémoire de la Société médicale d'observation de Paris, t. II, 1844.

FRANCE MÉDICALE. — Dilatation des bronches, mort par hémoptysie, 27 avril 1887.

GAZETTE DES HÔPITAUX, 1903. — Dilatation des bronches,

GEBRAK. — Le pneumothorax dans la bronchectasie. Thèse de Paris.

GENTRAC. — Article : Dilatation des bronches *in* Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

- GOMBAULT. — Etude sur l'anatomie pathologique, les causes et le diagnostic de la dilatation des bronches. Thèse de Paris, 1858.
- GRANCHER. — De la dilatation bronchique chez les tuberculeux. La France médicale, 13 mars 1878.
- GRASSET. — Etude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine pulvéolée. Thèse de Montpellier, 1873.
- GRAWITZ. — Archiv. für pathologische Anat. und Physiolog. t. LXXXII, p. 217, 1862.
- HANOT et GILBERT. — Contribution à l'étude de l'histoire de la pathogénie des dilatations bronchiques. Archives de physiologie, 1879.
- HOUDINET. — Hémoptysies et dilatation bronchique. Thèse de Paris, 1896.
- JACCOUD. — Leçons cliniques de l'hôpital Lariboisière, 1873.
- KATZ. — De la dilatation des bronches. Thèse de Strasbourg, 1864.
- LAENNEC. — Traité d'auscultation médiate, 1818.
- LEBERT. — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.
- LEROY. — Contribution à l'étude de l'histoire de la pathogénie des dilatations bronchiques. Archives de physiologie, 1879.
- MASCRÉ (H.). — Adénopathie trachéo-bronchique. Thèse de Montpellier, 1909.
- NICAISE. — Pathogénie de la dilatation des bronches. Revue méd., 1893.
- TIROLOIX et DEBRÉ. — Pathogénie de la dilatation des bronches. Gazette des hôpitaux, 1907.

TIROLOIX et DEBRÉ. — Dilatation bronchique expérimentale. Bull.
de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 22 mai 1908.

TUFFIER. — Bronchectasie régionale avec fièvre hectique, Thoracotomie. Résultats éloignés. Société de chirurgie du
24 mars 1909.

TROUSSEAU. — Dilatation des bronches. Leçons de clinique méd.
t. I, p. 258.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 22 juin 1910.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 22 juin 1910.

Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



MONTPELLIER. — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
